Corso Operatore in Emergenza

STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE CENSIMENTO

Sonia Forlimbergi
Istruttore PC
Croce Rossa Italiana – Comitato di Perugia

Prima di iniziare...

Microfoni spenti (a meno che non dobbiate intervenire)

Webcam attive durante tutta la lezione

Alzate la mano per chiedere di poter intervenire/fare domande

Argomenti della lezione

- Maxiemergenze e eventi maggiori
- Strutture sanitarie e socio-assistenziali campali
- Protocollo Intesa CRI/Dipartimento Protezione Civile
- Censimento CRI

Obiettivi

- **Conoscere** definizioni e funzionalità delle **strutture sanitarie e socio-assistenziali campali in emergenza** (PMA e PASS)
- Capire l'importanza e saper effettuare un corretto **censimento**

Maxiemergenze e eventi maggiori

Squilibrio tra le risorse disponibili e le necessità

MAXIEMERGENZE

- **vasta** estensione territoriale
- **interessa** strutture di soccorso
- **grande** numero di feriti **>50**
- estensione temporale **>24h**

EVENTI MAGGIORI

- **limitata** estensione territoriale
- **non** interessa strutture di soccorso
- **limitato** numero di feriti **10<f<50**
- estensione temporale **<12h**

Strutture sanitarie e socio-assistenziali campali

Strutture **provvisorie** per il soccorso e l'assistenza socio-sanitaria dotate di **autonomia logistica** e **complete di personale sanitario e tecnico di supporto**

A cosa servono ?

Filtro per le strutture ospedaliere

Prestare assistenza dove non sarebbe possibile

Quali sono ?

Posto Medico Avanzato P.M.A.

Ospedale da Campo

Centri Medici di Evacuazione C.M.E.

Posti di Assistenza Socio Sanitaria P.A.S.S.

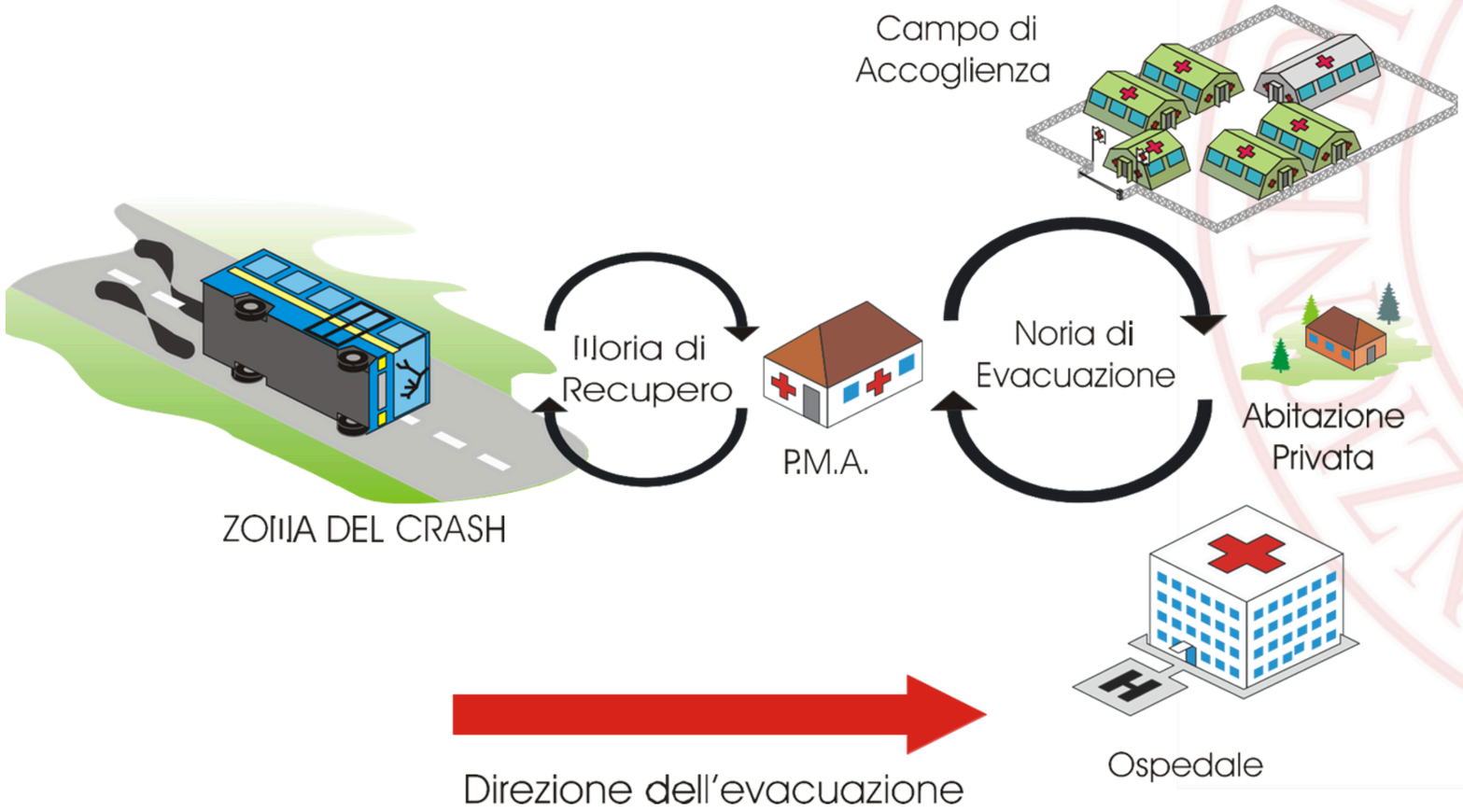
Un'Italia che aiuta

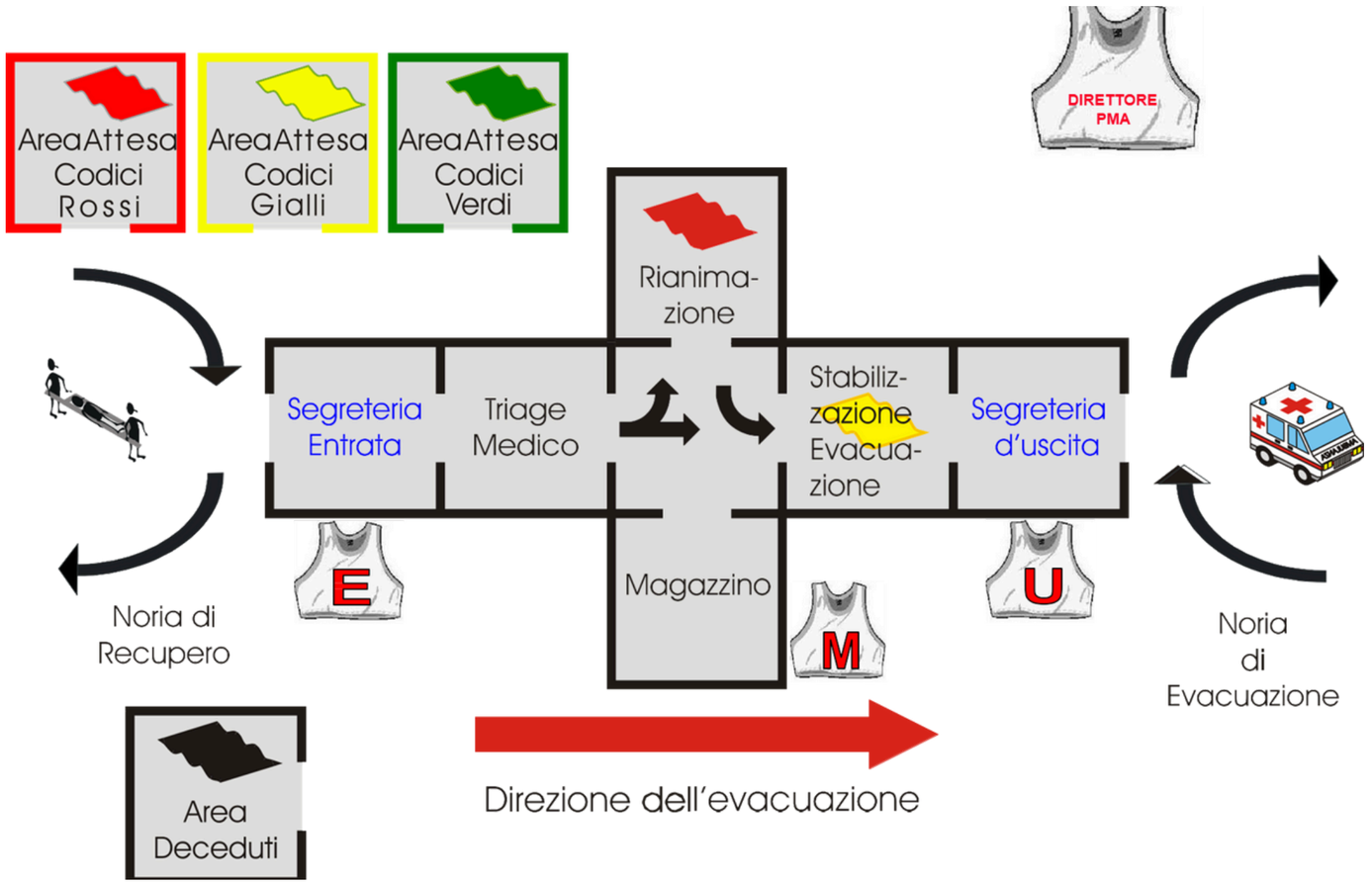
Croce Rossa Italiana

P.M.A. Posto Medico Avanzato

DPCM 13 Febbraio 2001

si interpone tra la zona dell'evento e le strutture ospedaliere





- radunare le vittime (in base al colore)
- concentrare le risorse
- effettuare il secondo triage
- trattare i pazienti con manovre salvavita e stabilizzarli per il trasporto
- organizzare l'evacuazione nei centri ospedalieri più idonei

Segreterie P.M.A.

- segreteria di entrata e segreteria di uscita
- compilazione tabulati di registrazione
- assegnazione scheda di triage numerata

CROCE ROSSA ITALIANA

PROVINCIA DI NOVARA - SERVIZIO PROTEZIONE CIVILE

TABULATO SEGRETERIA INGRESSO FERITI AL POSTO MEDICO AVANZATO

	Ingresso P.M.A.							
Numero Scheda	Ora	Codice Gravità	Cognome	Nome	Residenza	Sesso	Data Nascita	Note
		V G R						
		V G R						
		V G R						
		V G R						
		V G R						

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

CROCE ROSSA ITALIANA

PROVINCIA DI NOVARA - SERVIZIO PROTEZIONE CIVILE

TABULATO SEGRETERIA USCITA FERITI DA POSTO MEDICO AVANZATO

						Uscita P.M.A.								
Numero Scheda	Cognome	Nome	Residenza	Sesso	Data Nascita	Codice Gravità				Ora	Inviato presso Ospedale	Mezzo Utilizzato				Note
						V	G	R	N			MSB	MSA	ELI	Altro	
						V	G	R	N			MSB	MSA	ELI	Altro	
						V	G	R	N			MSB	MSA	ELI	Altro	
						V	G	R	N			MSB	MSA	ELI	Altro	

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

SCHEDA TRIAGE

TRENTINO EMERGENZA 118

SCHEDA n°..... P.M.A.....DATA.....ORA.....

N° libretto

COGNOME:.....
NOME:..... Data di Nascita SESSO M F

TRIAGE SOCORRITORI R G V NON EFFETTUATO

TRIAGE DI ACCETTAZIONE N R G V

PARAMETRI VITALI

Ore				
G.C.S				
F.R.				
Sat. O^2				
P.A.O.				
F.C.				

LESIONI

Mettere il numero sulla figura per indicare la lesione

- TRAUMA
- FERITA 1
- FRATTURA 2
- CONTUSIONE 3
- USTIONE 4
- EMORRAGIA 5
- AMPUTAZIONE 6
- SCHIACCIAMENTO 7
- ALTRO 8

PROVVEDIMENTI TERAPEUTICI

RESPIRATORI
- DESOSTRUZIONE RESP
- OSSIGENOTERAPIA
- VENTILAZIONE CON AMBU
- INTUB. TRACHEALE
- TRACHEOTOMIA

CARDIACI
- MONITORAGGIO
- M.C.E.
- DEFIBRILLAZIONE
- ELETTROSTIMOLAZIONE

VASCOLARI
- INCANNULAMENTO VENOSO
- PERIFERICO

ALTRI
- EMOSTASI
- DRENAGGIO TORACICO
- IMM.FRATTURA
- ALTRO.....

TERAPIA FARMACOLOGICA (Indicare dosaggio e vie di somministrazione).....

DESTINAZIONE

MEZZO
- AMB TRASP.
- AMB. RIANIMAZIONE
- ELICOTTERO
- ALTRO.....

POSIZIONE
- SDRAIATO
- SEDUTO
- DEAMBULANTE

TRIAGE DI EVACUAZIONE 4 3 2 1 0

ORA: FIRMA MEDICO:

P.M.A.

CROCE ROSSA ITALIANA

PROVINCIA DI NOVARA - SERVIZIO PROTEZIONE CIVILE

SCHEDA DI TRIAGE PER POSTO MEDICO AVANZATO

N°SCHEDA:	DATA:	ORA ARRIVO PMA:	SIGLA MEZZO:	
COGNOME E NOME:		DATA NASCITA:	SESSO:	ETA':

METTERE IL NUMERO SULLA FIGURA PER INDICARE LA LESIONE

LESIONE	X	N°
FERITA		1
FRATTURA		2
CONTUSIONE		3
USTIONE 1°_____% 2°_____% 3°_____% %TOT_____		4
EMORRAGIA ART./VEN.		5
SCHIACCIAMENTO		6
AMPUTAZIONE		7
ALTRO		8

D S — FRONTE

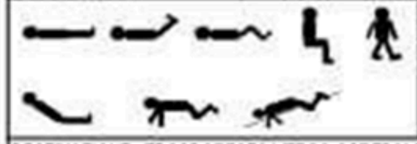
S D — RETRO

PARAMETRI	VALORI
POLSO	
PRESSIONE	
RESPIRO	
COSCIENZA (AVPU)	
SATURAZIONE	
LACCIO ORA POSIZ.	
ALTRO	

COLONNA DI COMPETENZA DEL MEDICO

FARMACI SOMMINISTRATI	Q.TA'
GLUCOSATA	
FISIOLOGICA	
EMAGEL	
BICARBONATO Na	
CORTISONICI	
ANALGESICI	
FARMACI DI PERTINENZA CARDIOLOGICA	
ALTRI	

TRASPORTO CON:	I.P.	MED.	X
AMBULANZA TRASPORTO			
AMBULANZA SOCCORSO			
AMBULANZA RIANIMAZIONE			
ELICOTTERO			
AUTO / PULMAN			



NOTE:

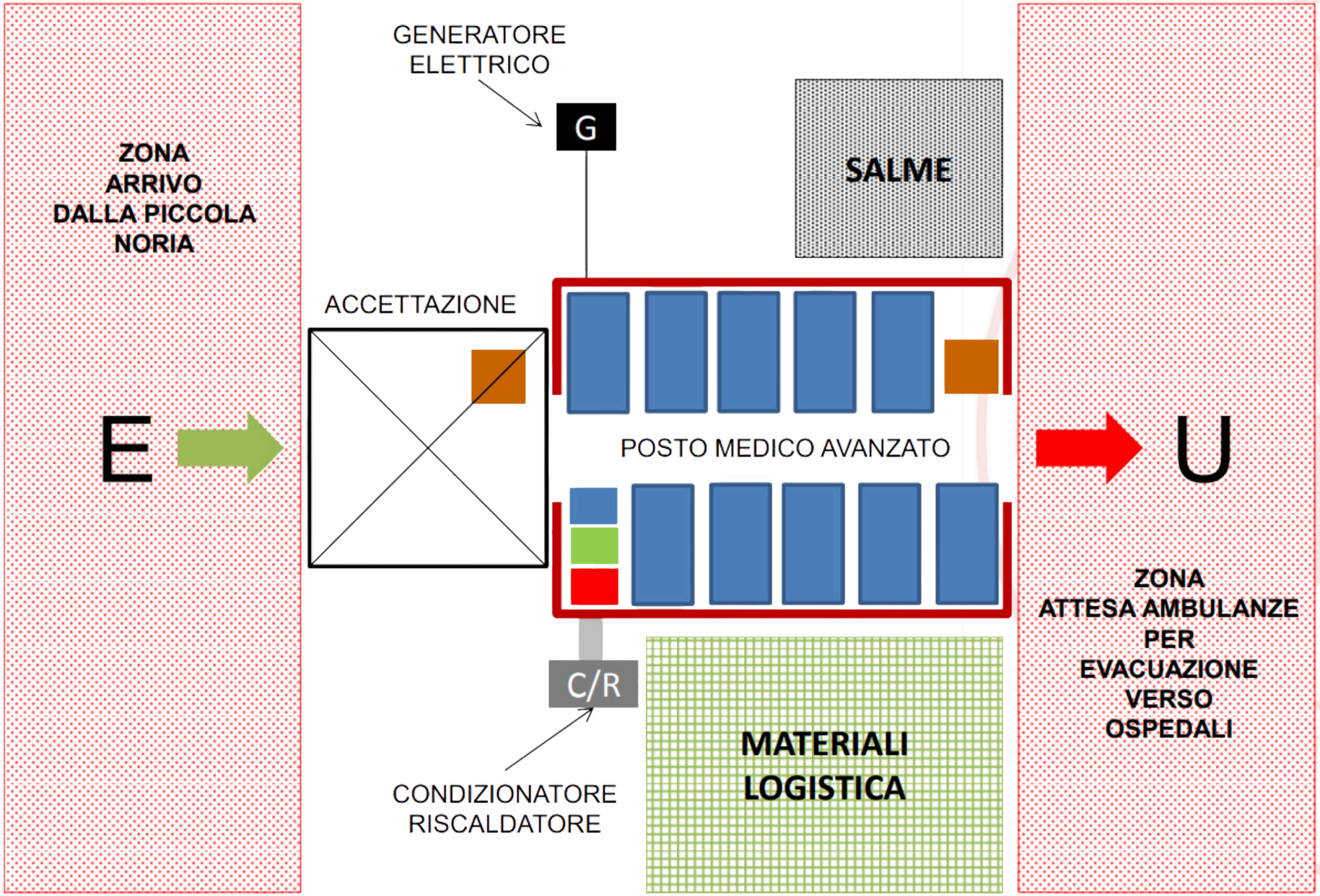
DESTINAZIONE - TRASPORTATO VERSO OSPEDALE / PUNTO RACCOLTA:

GRADO DI URGENZA	ASSOLUTA ROSSO 3	RELATIVA GIALLO 2	MINIMA VERDE 1	DECEDUTO NERO 4
ORARI RILEVAMENTO				

COMPILATORE: DATA: ORA USCITA PMA:

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

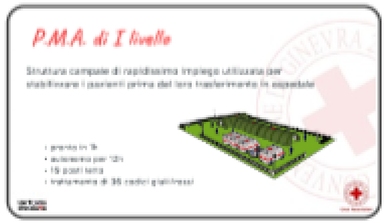

ZONA
ARRIVO
DALLA PICCOLA
NORIA
E
GENERATORE
ELETTRICO
G
SALME
ACCETTAZIONE
POSTO MEDICO AVANZATO
U
C/R
CONDIZIONATORE
RISCALDATORE
MATERIALI
LOGISTICA
ZONA
ATTESA AMBULANZE
PER
EVACUAZIONE
VERSO
OSPEDALI

Il PMA è localizzato in un'**area sicura**, si possono utilizzare **strutture preesistenti come scuole e palestre**

Per far funzionare un PMA servono:

- corrente elettrica
- riscaldamento/climatizzazione
- produzione/scorte gas medicali
- servizi igienici
- acqua potabile
- alloggi per personale

La tipologia di PMA varia in base all'EVENTO



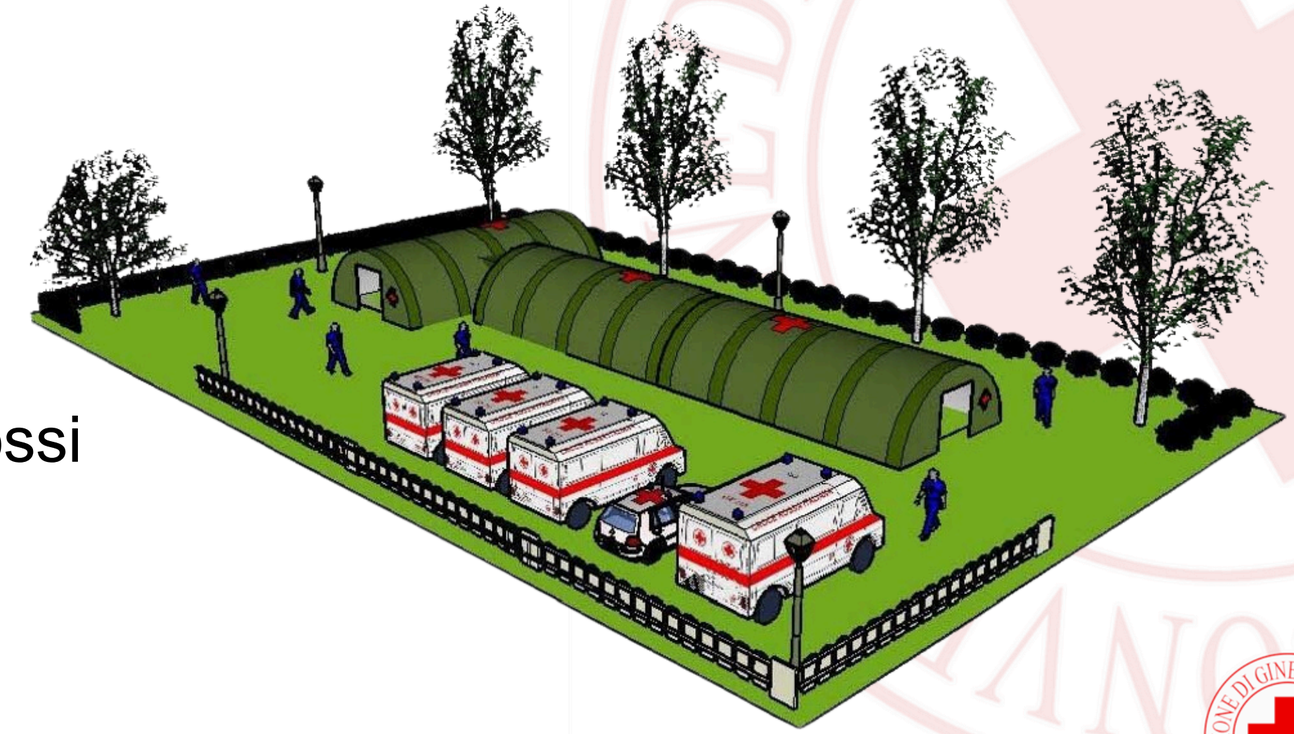
Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

P.M.A. di I livello

Struttura campale utilizzata in caso di **incidente maggiore**

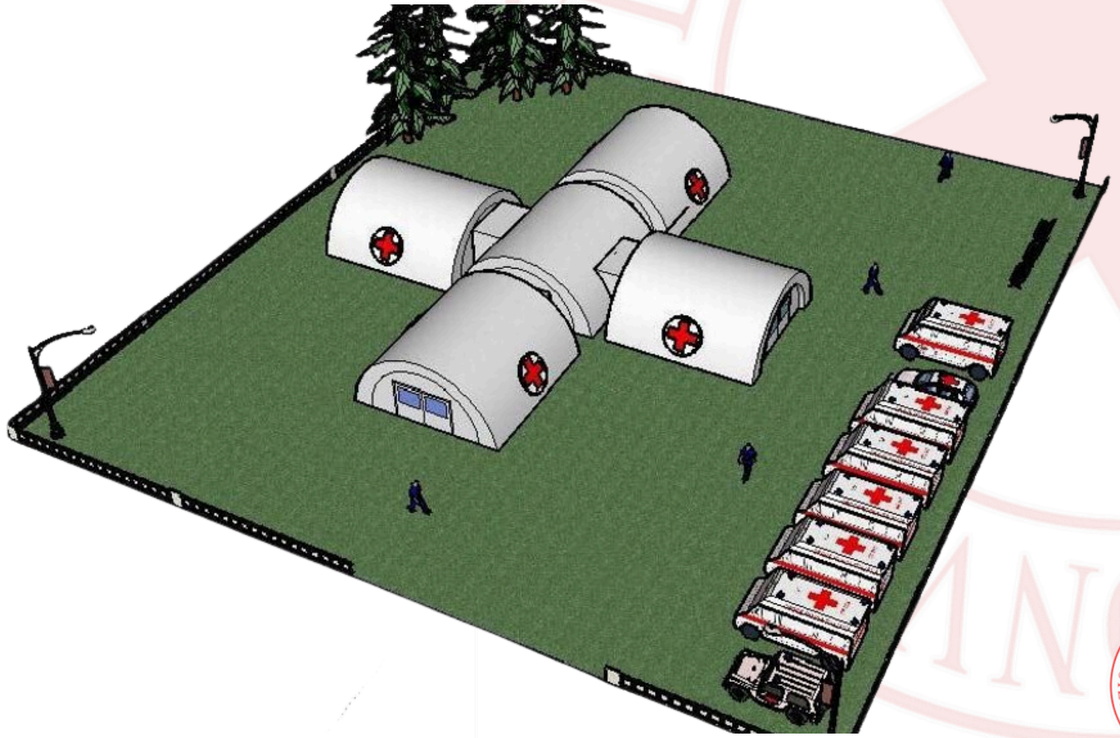
- pronto in 1h
- autonomo per 12h
- 10 posti letto
- trattamento di 30 codici gialli/rossi



P.M.A. di I livello rinforzato

Struttura campale di rapidissimo impiego utilizzata per **stabilizzare i pazienti prima del loro trasferimento in ospedale**

- pronto in 1h
- autonomo per 12h
- 30 posti letto
- trattamento di 30 codici gialli/rossi



P.M.A. di II livello

Struttura campale utilizzata in caso di **Catastrofe**

- pronto in 3-4h, al massimo 6
- autonomo per 72h
- 50 posti letto
- trattamento di 50 codici gialli-rossi/giorno

Personale:

Direttore sanitario
Internista
Chirurgo
Pediatra
Anestesista rianimatore
Farmacista
Infermieri di area critica
Operatori sanitari con certificazione BLS
Tecnici logisti

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

Strutture sanitarie e socio-assistenziali campali

Strutture provvisorie per il soccorso e l'assistenza socio-sanitaria dotate di autonomia logistica e complete di personale sanitario e tecnico di supporto

A cosa servono ?

Filtro per le strutture ospedaliere

Prestare assistenza dove non sarebbe possibile

Quali sono ?

Posto Medico Avanzato P.M.A.

Ospedale da Campo

Centri Medici di Evacuazione C.M.E.

Posti di Assistenza Socio Sanitaria P.A.S.S.

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

OSPEDALE DA CAMPO

- si installa **se le strutture sanitarie non sono agibili**
- durata prolungata nel tempo
- tempo di montaggio di almeno 2 giorni

- fino a 62 posti letto
- livello di cure intermedio tra il primo soccorso ed il trattamento definitivo
- possibilità di effettuare interventi chirurgici di urgenza, assistenza intensiva protratta, osservazione clinica e medicina di base

Personale :

Personale PMA

+

Ostetriche
Tecnico di radiologia
Tecnico di laboratorio
Infermieri di sala operatoria
Infermiere di ostetricia

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

Strutture sanitarie e socio-assistenziali campali

Strutture provvisorie per il soccorso e l'assistenza socio-sanitaria dotate di autonomia logistica e complete di personale sanitario e tecnico di supporto

A cosa servono ?

Filtro per le strutture ospedaliere

Prestare assistenza dove non sarebbe possibile

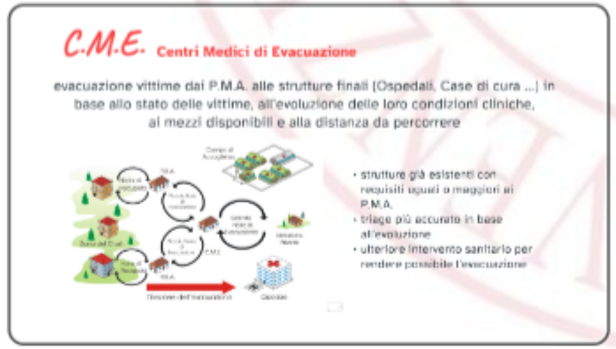
Quali sono ?

Posto Medico Avanzato P.M.A.

Ospedale da Campo

Centri Medici di Evacuazione C.M.E.

Posti di Assistenza Socio Sanitaria P.A.S.S.

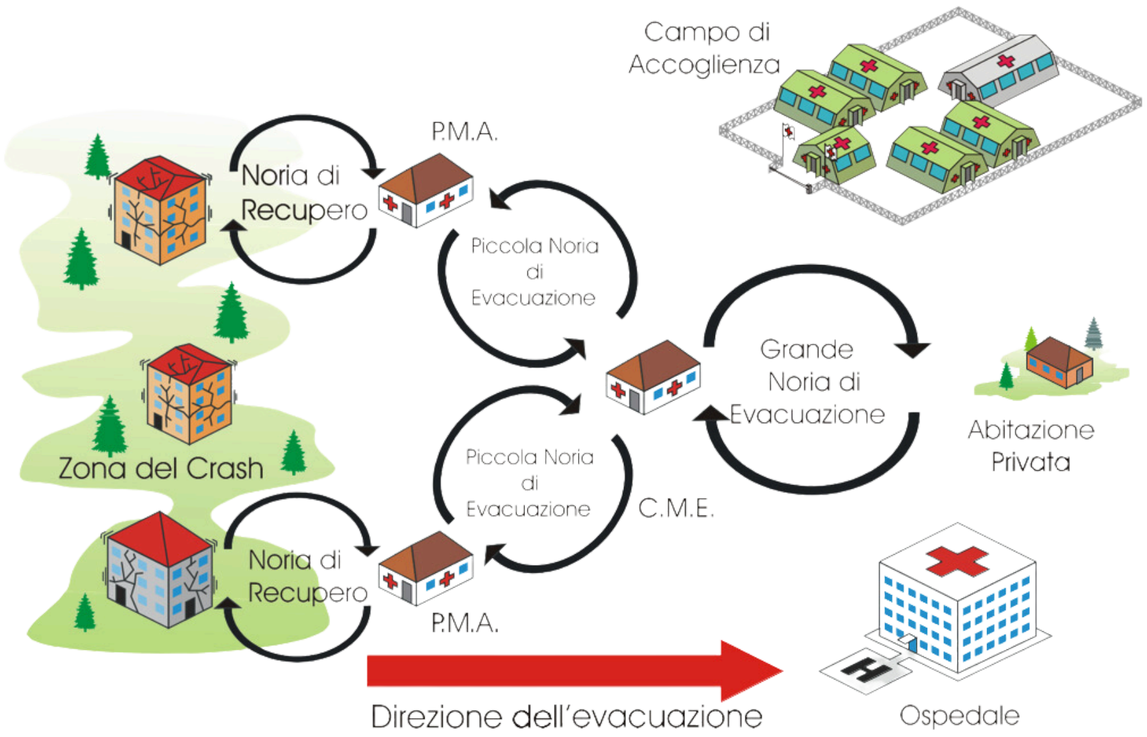


Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

C.M.E. Centri Medici di Evacuazione

evacuazione vittime dai P.M.A. alle strutture finali (Ospedali, Case di cura …)
in base allo stato delle vittime, all'evoluzione delle loro condizioni cliniche,
ai mezzi disponibili e alla distanza da percorrere



- strutture già esistenti con requisiti uguali o maggiori ai P.M.A.
- triage più accurato in base all'evoluzione
- ulteriore intervento sanitario per rendere possibile l'evacuazione

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

Strutture sanitarie e socio-assistenziali campali

Strutture provvisorie per il soccorso e l'assistenza socio-sanitaria dotate di autonomia logistica e complete di personale sanitario e tecnico di supporto

A cosa servono ?

Filtro per le strutture ospedaliere

Prestare assistenza dove non sarebbe possibile

Quali sono ?

Posto Medico Avanzato P.M.A.

Ospedale da Campo

Centri Medici di Evacuazione C.M.E.

Posti di Assistenza Socio Sanitaria P.A.S.S.

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

P.A.S.S. Posti di Assistenza Socio-Sanitaria

I **P.A.S.S.** (Posti di Assistenza Socio Sanitaria) sono strutture campali di tipo **poliambulatoriale** per assistenza sanitaria non urgentistica

Per pazienti con <u>necessità specifiche</u>:

- Bambini
- Anziani
- Malati cronici
- Disabili

<u>Logisticamente autonomi per lunghi periodi</u>

<u>Non</u> devono essere pronti nei <u>brevi tempi</u> dei P.M.A.

Impiegano <u>personale locale</u>

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

A cosa servono?

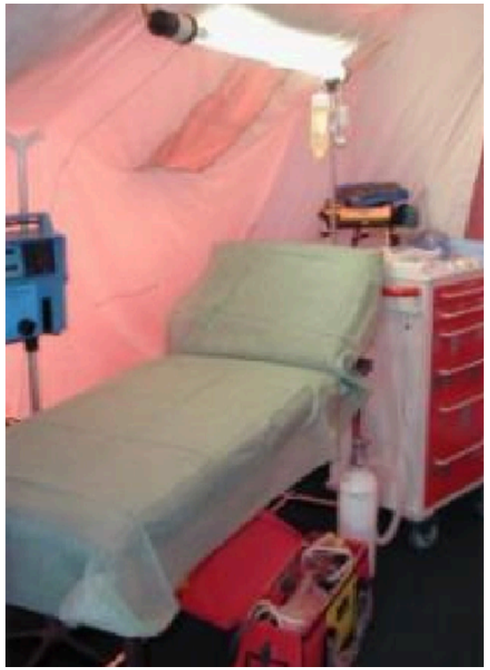
- facilitare il ritorno alla normalità
- ripristinare l’assistenza sanitaria territoriale
- ridurre gli effetti dell’evento sulla salute psico-fisica delle vittime

la degenza è più orientata agli ospiti ed ai loro parenti/vicini

Sedie per visitatori

Posizionamento dei PASS

- aree di Accoglienza
- aree alberghiere per gli sfollati
- poliambulatori o ospedali non compromessi dalla catastrofe



Personale

Medico di base
Infermiere di territorio
Psicologo
Assistente Sociale
Pediatra
Farmacista
Altri specialisti

PROTOCOLLO INTESA C.R.I./DIPARTIMENTO P.C.

DPCM 3 Dicembre 2008

Azioni immediate:

a) concorre a **fornire** dettagliate **informazioni** riguardo le **conseguenze** determinate dall'evento al fine di determinare una prima stima della perdita di vite umane, del numero di feriti, della popolazione che necessita assistenza

b) fornisce gli elementi **informativi** riguardo le **risorse** umane, logistiche e tecnologiche **presenti ed impiegabili nell'immediatezza sul territorio**

c) propone l'**eventuale impiego di risorse aggiuntive**, individuandone provenienza, caratteristiche, tempistica e modalità di impiego

Entro 12 ore:

a) assicura la presenza di proprio **personale** presso i **centri operativi e di coordinamento attivati sul territorio**

b) garantisce il concorso all'attività di **allestimento** e **gestione dei campi base** dei soccorritori e delle **aree di ricovero** della popolazione

c) assicura il concorso alle attività di **assistenza alla popolazione** e garantisce particolare attenzione nelle attività a favore delle **fasce più deboli**

Entro 12 ore:

d) attiva le proprie strutture permanenti al fine di garantire, nei limiti di capacità, l'**assistenza alloggiativa** alle persone evacuate e comunque coinvolte dall'evento

e) propone l'eventuale invio di team di specialisti sia di **soccorsi speciali** sia per la validazione di **specifiche situazioni di rischio** (sanitario-logistica-psicologica)

f) propone l'invio di **team per il censimento** delle necessità della popolazione e per il **ricongiungimento dei nuclei familiari**

g) attiva i propri **nuclei trasporti** con l'utilizzo di mezzi speciali

Entro 24 ore:

a) assicura l'attivazione di servizi di **produzione e distribuzione pasti** per i soccorritori e per la popolazione

b) assicura l'attivazione delle attrezzature e del personale necessario alla dislocazione e gestione sul territorio di **potabilizzatori** e **macchine imbustatici e distribuzione di acqua**

Censimento

Attività prioritaria

In cosa consiste ?

Raccogliere il maggior numero di informazioni per individuare le esigenze primarie della popolazione

Compilare la SCHEDA DI RILEVAZIONE NUCLEO FAMILIARE:

- indirizzo
- componenti
- necessità del NF
- componenti presenti, ricoverati o assistiti, dispersi

SCHEDA RILEVAZIONE NUCLEO FAMILIARE

CROCE ROSSA ITALIANA

Numero Provvisorio	Codice Zona

Data: ..... Ora di compilazione: .....
Operatori: .....

SCHEDA RILEVAZIONE NUCLEO FAMILIARE

A. INDIRIZZO

Città /Paese .....
Via/Piazza/Località ..... N. .....
Telefono .....
Altro .....

B. ELENCO DEI COMPONENTI

N	COGNOME E NOME (in stampatello)	data nascita	sesso	(vedi quadro C)
1	..... Capo famiglia	.....	M F	P R D
2	.....	.....	M F	P R D
3	.....	.....	M F	P R D
4	.....	.....	M F	P R D
5	.....	.....	M F	P R D
6	.....	.....	M F	P R D
7	.....	.....	M F	P R D
8	.....	.....	M F	P R D

C. NECESSITÀ del NUCLEO FAMILIARE

Numero di componenti la Famiglia
P PRESENTI
R GIA' RICOVERATI/ASSISTITI
D DISPERSI
TOTALE

Avete necessità di:
- abitazione SI NO .....
- generi alimentari SI NO .....
- vestiario SI NO .....
- prodotti igienico/sanitari SI NO .....
- stoviglie SI NO .....
- lenzuola, coperte, ecc. SI NO .....
- altro SI NO .....

1 - SCHEDA INDIVIDUALE ..... (Cognome e nome)

CAPOFAMIGLIA M F

Ha necessità di vestiario ? SI NO E di scarpe ? SI NO (N.____)

Neonato (mesi)			Bambino (cm/anni)					Adulto				
00/06	06/12	12/24	96-104 3/4	110-116 5/6	122-128 7/6	134-140 9/10	148-152 11/12	S 40-42	M 44-46	L 48-50	XL 52-54	XXL 56-58

Necessità di particolari terapie o diete? SI NO
Se sì, quali .....
.....
.....
Se Ricoverato/assistito, indicare l'attuale recapito o l'associazione o ente da cui è assistito:
.....

2 - SCHEDA INDIVIDUALE ..... (Cognome e nome)

Coniuge Figlio/a Padre/Madre altro parente o affine M F

Ha necessità di vestiario ? SI NO E di scarpe ? SI NO (N.____)

Neonato (mesi)			Bambino (cm/anni)					Adulto				
00/06	06/12	12/24	96-104 3/4	110-116 5/6	122-128 7/6	134-140 9/10	148-152 11/12	S 40-42	M 44-46	L 48-50	XL 52-54	XXL 56-58

Necessità di particolari terapie o diete? SI NO
Se sì, quali .....
.....
.....
Se Ricoverato/assistito, indicare l'attuale recapito o l'associazione o ente da cui è assistito:
.....

3 - SCHEDA INDIVIDUALE ..... (Cognome e nome)

Coniuge Figlio/a Padre/Madre altro parente o affine M F

Ha necessità di vestiario ? SI NO E di scarpe ? SI NO (N.____)

Neonato (mesi)			Bambino (cm/anni)					Adulto				
00/06	06/12	12/24	96-104 3/4	110-116 5/6	122-128 7/6	134-140 9/10	148-152 11/12	S 40-42	M 44-46	L 48-50	XL 52-54	XXL 56-58

Necessità di particolari terapie o diete? SI NO
Se sì, quali .....
.....
.....
Se Ricoverato/assistito, indicare l'attuale recapito o l'associazione o ente da cui è assistito:
.....

CROCE ROSSA ITALIANA

Numero Provvisorio	Codice Zona
_____	_____

prestampato o assegnato dalla Sala Operativa

assegnato dal COORDINATORE del CENSIMENTO in base alla CARTINA

Data: ..... Ora di compilazione: .....
Operatori: .....

SCHEDA RILEVAZIONE NUCLEO FAMILIARE

A. INDIRIZZO

Città /Paese .....
Via/Piazza/Località ..... N. .....
Telefono .....
Altro .....

B. ELENCO DEI COMPONENTI

N	COGNOME E NOME (in stampatello)	data nascita	sesso	(vedi quadro C)
1	..... Capo famiglia	.....	M F	P R D
2	.....	.....	M F	P R D
3	.....	.....	M F	P R D
4	.....	.....	M F	P R D
5	.....	.....	M F	P R D
6	.....	.....	M F	P R D
7	.....	.....	M F	P R D
8	.....	.....	M F	P R D

l'ORDINE con cui inseriamo i componenti deve essere lo stesso delle SCHEDE INDIVIDUALI

C. NECESSITÀ del NUCLEO FAMILIARE

Numero di componenti la Famiglia

P	PRESENTI	
R	GIA' RICOVERATI/ASSISTITI	
D	DISPERSI	

TOTALE

Avete necessità di:

- abitazione	SI	NO	.....
- generi alimentari	SI	NO	.....
- vestiario	SI	NO	.....
- prodotti igienico/sanitari	SI	NO	.....
- stoviglie	SI	NO	.....
- lenzuola, coperte, ecc.	SI	NO	.....
- altro	SI	NO	.....

1 - SCHEDA INDIVIDUALE .....
(Cognome e nome)

CAPOFAMIGLIA

M F

Ha necessità di vestiario ? SI ☐ NO ☐ E di scarpe ? SI ☐ NO ☐ (N.____)

Neonato (mesi)			Banbino (cm/anni)					Adulto				
00/06	06/12	12/24	96-104 3/4	110-116 5/6	122-128 7/6	134-140 9/10	148-152 11/12	S 40-42	M 44-46	L 48-50	XL 52-54	XXL 56-58

Necessità di particolari terapie o diete? SI ☐ NO ☐

Se sì, quali .....

.....

.....

Se Ricoverato/assistito, indicare l'attuale recapito o l'associazione o ente da cui è assistito:

.....

2 - SCHEDA INDIVIDUALE .....
(Cognome e nome)

☐ Coniuge ☐ Figlio/a ☐ Padre/Madre ☐ altro parente o affine M F

Ha necessità di vestiario ? SI ☐ NO ☐ E di scarpe ? SI ☐ NO ☐ (N.____)

Neonato (mesi)			Banbino (cm/anni)					Adulto				

matrice

MODULO in CASO di ASSENZA

Data _____

Codice Zona _____

Località _____

Via/Piazza _____ n _____

Famiglia _____

Ripassare il _____ alle ore _____

Rivolgersi a _____

_____

Rilevatore _____

figlia

CROCE ROSSA ITALIANA

Data _____

Gentile Signore/a,

operatori della Croce Rossa Italiana sono passati per rilevare Vostre eventuali necessità di generi alimentari, vestiario, prodotti igienico-sanitari, stoviglie, lenzuola, coperte, ecc., ma non è stato possibile comunicare con Voi.

Per ogni esigenza Vi preghiamo di rivolgerVi al Campo della Croce Rossa Italiana che si trova in località _____

Via/Piazza _____ telefono _____

e chiedere di _____

Coordinatore C.R.I. del Censimento.

Grazie.

CONVENZIONE DI GINEVRA 22 AGOSTO 1864

_____

da lasciare nel luogo in cui si presume viva qualcuno non reperibile al momento della rilevazione

NO nome del volontario rilevatore

Sì nome del COORDINATORE DEL CENSIMENTO

CENSIMENTO delle ESIGENZE della POPOLAZIONE in caso di DISASTRO

Riepilogo: **RIEPB - DATI ANAGRAFICI**

Località: _____

Data: _____

MASCHI	ETÀ	FEMMINE
TOT	> 75 prima del 19.....	TOT
TOT	61 - 75 (19...../19.....)	TOT
TOT	31 - 60 (19...../19.....)	TOT
TOT	21 - 30 (19...../19.....)	TOT
TOT	15 - 20 (19...../19.....)	TOT
TOT	11 - 14 (19...../19.....)	TOT
TOT	6 - 10 (19...../19.....)	TOT
TOT	3 - 5 (19...../19.....)	TOT
TOT	0 - 2 (19...../19.....)	TOT

CENSIMENTO delle ESIGENZE della POPOLAZIONE in caso di DISASTRO

Riepilogo: **RIEPD - NECESSITÀ di particolari DIETE**

Località: _____

Data: _____

	Neonati Fino a 1 anno	Bambini 1 - 6 anni	Bambini 7 - 12 anni	Adulti 13 - 40 anni	Adulti 41 - 65 anni	Adulti oltre 65 anni
DIETA IPOSODICA						
DIETA IPOGLICEMICA						
DIETA IPOCALORICA						
DIETA IPOPROTEICA						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						

CENSIMENTO delle ESIGENZE della POPOLAZIONE in caso di DISASTRO

Riepilogo: **RIEPT - NECESSITÀ di particolari TERAPIE**

Località: _____

Data: _____

	Neonati Fino a 1 anno	Bambini 1 - 6 anni	Bambini 7 - 12 anni	Adulti 13 - 40 anni	Adulti 41 - 65 anni	Adulti oltre 65 anni
TERAPIA INTENSIVA						
TERAPIA DIABETICA						
TERAPIA CARDIACA						
TERAPIA RESPIRATORIA						
TERAPIA ANTIBIOTICA						
TERAPIA ANTINFIAMMATORIA						
TERAPIA ANTIDOLORIFICA						
TERAPIA ANTIALLERGICA						
_____						
_____						
_____						

A cosa serve?

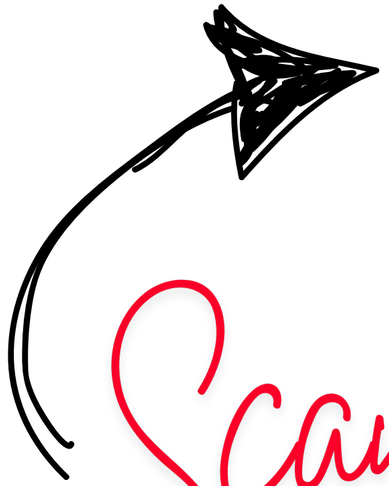
1. inoltrare le **richieste di quanto occorre** e **solo** di quello
2. **organizzare** in zona di disastro le strutture in grado di gestire le risposte adeguate alle esigenze
3. costituire una **banca dati** per esigenze di secondaria importanza

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

Per approfondire…

Manuale per la compilazione delle schede di censimento CRI



Scansionami

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

Scheda di Valutazione delle Esigenze Immediate

Compilata dagli infermieri delle ASL per individuare tempestivamente, tra la popolazione sfollata nelle strutture preposte all'accoglienza, i soggetti "fragili" identificando tra questi chi necessita di una specifica assistenza

I Volontari fanno il primo screening, con cui individuano pazienti rossi, gialli e verdi
Gli Infermieri li valutano, evidenziano i bisogni e provvedono all'assistenza necessaria

SCHEDA SVEI

PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE IMMEDIATE, DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITÀ O SPECIFICHE NECESSITÀ

SPAZIO LOGO

ID SCHEDA: _____

SEZIONE 1 - TRIAGE SOCIO SANITARIO

Data |__|__|__| Ora |__|__| Comune: _____

Area /Centro di assistenza: _____

Le informazioni di questa scheda sono fornite da:

☐ Assistito ☐ Terza persona (specificare nome e grado di relazione): _____

OPERATORE VOLONTARIO SANITARIO COMPILATORE

Nome: _____

Cognome: _____

Firma: _____

Associazione di volontariato: _____

ASSISTITO

Nome: _____ Cognome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Indirizzo: _____

Codice Fiscale (se disponibile): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Telefono cellulare: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nucleo familiare composto da (n. persone): |__|__|__|__|

Animali domestici: Tipo _____ n.: |__|__|

MMG (Medico di famiglia): _____ ASL: _____

PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITÀ

Nome: _____ Cognome: _____

Qualifica (grado di parentela, tutore, ecc.): _____

Telefono cellulare: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

COMPORTAMENTO

☐ Collaborante
☐ Non collaborante
☐ Violento

TIPO DI DISABILITÀ OGGETTIVA

☐ Motoria
☐ Visiva
☐ Cognitiva
☐ Uditiva
☐ Altro: _____

CODICE DI VALUTAZIONE ROSSO (R)

R

- *Non in grado di collaborare per manifesta inabilità cognitiva;*
- *Collaborante ma con disabilità fisica richiedente ausili o assistenza;*
- *Minore, non accompagnato da genitori o familiari;*
- *Adulto di 80 anni o più;*
- *Stato di gravidanza.*

CODICE DI VALUTAZIONE VERDE (V)

V

- *Adulto di età compresa tra 18 e 64 anni;*
- *Minore accompagnato da familiari;*
- *Collaborante;*
- *Nessuna disabilità permanente o temporanea;*
- *Nessuna assunzione di farmaci per patologie croniche.*

CODICE DI VALUTAZIONE GIALLO (G) o GIALLO SOLO PER TERAPIA FARMACOLOGICA (GT)

G

- *Adulto tra 65 e 79 anni;*
- *Effetto da patologie croniche (es. cardiologiche, diabete e metaboliche, respiratorie, psico-neurologiche, altre..) per cui richiede valutazione sanitaria.*

GT

- *Al momento dichiara benessere, ma necessita di terapia farmacologica quotidiana per le sue patologie.*

NOTE

_____

_____

_____

_____

_____

PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE IMMEDIATE, DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITÀ O SPECIFICHE NECESSITÀ

SPAZIO LOGO

ID SCHEDA: _____

SEZIONE 2 - COMPETENZE INFERMIERISTICHE

IN CARICO AI SERVIZI

☐ Assistenza infermieristica domiciliare
☐ Assistenza Sociale
☐ SerT (Tossicodipendenze)
☐ Centro Salute Mentale
☐ Servizio di Psicologia
☐ Altro: _____

NOTE INFERMIERISTICHE

Si richiede valutazione medica per visita:

☐ Prescrizione farmaci quotidiani per patologie croniche
☐ Pediatrica
☐ Infettivologica
☐ Psicologica
☐ Altro: _____

PATOLOGIE IN CORSO

☐ Intolleranze Alimentari, Farmaci/Allergie _____
☐ Nefropatia: _____ ☐ Fistole: _____
☐ Metabolica: _____
☐ Cardiopatia: _____
☐ Respiratoria: _____ ☐ O2 TP: _____

ASSUNZIONE DI FARMACI

☐ SÌ (indicare il nome del farmaco): _____

☐ SÌ (se non ricorda, indicarne la funzione): _____

AUSILI PER L'INCONTINENZA

☐ Catetere vescicale
☐ Sacchetto per stomie
☐ Presidi assorbenti

AUSILI PER IL MOVIMENTO

☐ Sedia motorizzata
☐ Sedia manuale
☐ Sistema posturale
☐ Bastone
☐ Deambulatore
☐ Arto artificiale

È POSSIBILE REPERIRE IN LOCO I FARMACI NECESSARI? SÌ NO

LA STRUTTURA IN CUI SI TROVA L'ASSISTITO CONSENTE ADEGUATE POSSIBILITÀ DI GESTIONE DELLE SUE NECESSITÀ? SÌ NO

ALLOGGIAMENTO CONSIGLIATO

■ AREA DI ACCOGLIENZA/ABITAZIONE PRIVATA
☐ ALBERGO
■ STRUTTURA SOCIO-SANITARIA (es. RSA)
■ OSPEDALE

DA COMPILARE IN CASO DI RIFIUTO ALLA DESTINAZIONE PRESCELTA

☐ Il/la sottoscritto/a _____ identificato da documento _____, rifiuta il trasferimento presso struttura proposta, assumendosi ogni responsabilità in merito.

Data |__|__|__|

Firma leggibile: _____

☐ La persona rifiuta verbalmente davanti a testimoni la destinazione consigliata e rifiuta di firmare il presente documento.

Data |__|__|__|

Firma leggibile compilatore: _____

Firma leggibile testimone: _____

CODICE DI VALUTAZIONE ROSSO (R)

R

- *Non in grado di collaborare per manifesta inabilità cognitiva;*
- *Collaborante ma con disabilità fisica richiedente ausili o assistenza;*
- *Minore, non accompagnato da genitori o familiari;*
- *Adulto di 80 anni o più;*
- *Stato di gravidanza.*

CODICE DI VALUTAZIONE VERDE (V)

V

- *Adulto di età compresa tra 18 e 64 anni;*
- *Minore accompagnato da familiari;*
- *Collaborante;*
- *Nessuna disabilità permanente o temporanea;*
- *Nessuna assunzione di farmaci per patologie croniche.*

CODICE DI VALUTAZIONE GIALLO (G)
o GIALLO SOLO PER TERAPIA FARMACOLOGICA (GT)

G

- *Adulto tra 65 e 79 anni;*
- *Effetto da patologie croniche (es. cardiologiche, diabete e metaboliche, respiratorie, psico-neurologiche, altre..) per cui richiede valutazione sanitaria.*

GT

- *Al momento dichiara benessere, ma necessita di terapia farmacologica quotidiana per le sue patologie.*

NOTE

Per concludere

PMA di I Livello

- incidente maggiore
- limitata capacità di trattamento: 10 codici gialli/rossi
- impiego in 1h
- autonomia temporale limitata: max 12h

PMA di II Livello

- catastrofi
- capacità di trattamento di 150 codici gialli/rossi in 3 gg
- Impiego al max in 6h
- autonomia temporale: 72h

PASS

- assistenza non urgentistica
- utilizzo di personale locale
- non devono essere pronti in breve tempo
- autonomi per lunghi periodi
- facilitare il ritorno alla normalità

CENSIMENTO

- inoltrare le richieste di quanto occorre e solo di quello
- organizzare in zona di disastro le strutture in grado di gestire risposte adeguate alle esigenze
- costituire una banca dati per esigenze di secondaria importanza

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana

Grazie per l'attenzione

Sonia Forlimbergi
sonia.forlimbergi@umbria.cri.it

Un'Italia che aiuta

Croce Rossa Italiana